

Artículo de revisión

Disfunciones sexuales

Sexual Dysfunction *Disfunções Sexuais*

Yenny Ortiz Rocha*

Resumen

Las Disfunciones Sexuales (DS) son un complejo y frecuente motivo de consulta, en muchas ocasiones los médicos las desconocen o se ven limitados para tratarlas. Aún existen tabúes respecto al tema de la sexualidad tanto por parte de los pacientes como de los médicos. Gran parte de la población que consulta por esta causa padece con otras patologías que pueden interferir con la actividad sexual o bien se encuentran bajo tratamiento farmacológico las alteraciones que presentan pueden ser secundarias al uso de medicamentos. El diagnóstico temprano y el tratamiento apropiado de las DS permiten una mejoría en la calidad de vida de los pacientes -no sólo a nivel individual- sino que esta mejoría tiene repercusiones sobre la pareja y la misma familia.

Summary

Sexual Dysfunctions (SD) are a complex and a frequent reason for medical consultation; it is very common that doctors are unaware of them or are limited to treat them. There are still taboos on the subject of sexuality by both patients and doctors. Much of the population who consults the doctor for this reason suffers other pathologies that may interfere with their sexual activity or if they are undergoing pharmacological treatment alterations may be secondary to the use of the same drugs. Early diagnosis and appropriate treatment of the SD allow an improvement in the quality of life of patients - not only

at an individual level - but also this improvement has repercussions on the couple and the family.

Resumo

As Disfunções Sexuais (DS) são uma causa complexa e freqüente de consulta médica. Os médicos nem sempre têm o conhecimento adequado e são obrigados a tratá-las. Existem ainda tabus sobre o tema da sexualidade por parte de pacientes e médicos. Grande parte da população que acodem à consulta por este motivo sofrem de outras condições que podem interferir com a atividade sexual, ou estão em tratamento farmacológico que, como efeito colateral, gera a disfunção sexual. O diagnóstico precoce e um tratamento apropriado dos DS permite uma melhoria da qualidade de vida dos pacientes, não só individualmente, mas com importante impacto sobre o casal e a família.

Objetivo

El presente trabajo tiene como objetivo determinar cuáles son las DS femeninas y masculinas más frecuentes así como su diagnóstico y tratamiento, con el propósito de ofrecer al médico familiar herramientas para su manejo y mejorar la calidad de vida y la salud sexual de los pacientes que cursan con alguna disfunción sexual.

Disfunciones sexuales masculinas

Se ha identificado una prevalencia de DS en Estados Unidos de América en mujeres de 43% y en hombres de 31%, tales disfunciones se han correlacionado con menor calidad de vida y otros problemas de salud como: cardiopatías, hipertensión arterial y uso de medicamentos.¹⁻⁴

Palabras claves: sexualidad, salud sexual, fisiología sexual, disfunción sexual, desorden sexual

Key Words: sexuality, sexual health, sexual dysfunction

Palavras chave: sexualidade, saúde sexual, disfunção sexual

Recibido: 25/7/11

Aceptado: 21/9/11

*Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Universidad de La Sabana, Colombia

Este artículo debe citarse: Ortiz-Rocha Y. Disfunciones sexuales. Aten Fam. 2012;19(4):103-105.

Correspondencia: yor1982@gmail.com

Disfunción eréctil (DE): de acuerdo con los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) IV se considera que en la DE hay una incapacidad persistente o recurrente para alcanzar o mantener una erección adecuada hasta completar la actividad sexual (criterio A) y que la alteración cause estrés marcado o dificultades interpersonales (criterio B), además es importante analizar si la DE se puede explicar por los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (drogas de abuso, medicación, etc.) o bien a una condición médica general. La evaluación en el paciente se hace teniendo en cuenta la historia clínica. Su diagnóstico se puede apoyar mediante el uso de cuestionarios como el *Sexual Health Inventory for Men* (SHIM), debido a que evalúa la función eréctil en los seis meses previos a la consulta.⁵

Se ha estimado que la DE se presenta entre aproximadamente 10 a 20 millones de hombres norteamericanos y según el *Massachusetts Male Aging Study* se han planteado tres categorías de DE en hombres de 40 a 70 años: *completa*, *moderada* y *mínima*. Además, se observó que la DE aumenta con la edad; en la población masculina japonesa en 52%, mientras que en la población mexicana y afroamericana se eleva 77.5% hacia los 75 años.³

La DE del tipo completa se presenta con mayor frecuencia en pacientes con tabaquismo, enfermedad cardíaca tratada, hipertensión arterial y artritis reumatoide. La probabilidad de presentar DE se incrementa en pacientes que consumen medicamentos antihipertensivos, vasodilatadores o que cursan con *Diabetes mellitus*, obesidad, úlceras no tratadas y alergias.⁶ Varía de manera inversamente proporcional a los niveles de las *High density lipoprotein* (HDL). Debe considerarse que su etiología puede ser orgánica y de origen psicológico, pero es necesario valorar en todos el riesgo cardiovascular antes de definir el tratamiento más seguro y evaluar el uso de los inhibidores de la 5 fosfodiesterasa, considerados como la primera línea de tratamiento así como otros tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos.⁷ Adicionalmente al tratamiento que se elija

se deben realizar cambios hacia un estilo de vida más saludable.⁶ El médico familiar debe recordar que la DE no tratada tiene un importante impacto en la autoestima y las relaciones interpersonales, especialmente con la pareja.

Eyacuación precoz (EP): es la disfunción sexual masculina más frecuente que se presenta entre los 18 a 59 años con una frecuencia entre 21% y 31%.^{3,4} Es un importante generador de estrés para la pareja. Existen diversas definiciones las cuales dificultan su abordaje, ya que estas son subjetivas, vagas, extensas e incluso arbitrarias.⁸ El DSM IV la define como “una eyacuación persistente o recurrente con estimulación sexual mínima antes o poco tiempo después de la penetración o antes de que la persona lo desee”, que causa estrés marcado o dificultad en las relaciones interpersonales además de que no se puede atribuir exclusivamente a los efectos directos de una sustancia.⁹ La Asociación Europea de Urología la define como “la incapacidad para controlar la eyacuación por un periodo prolongado antes de la penetración vaginal” y la Asociación Americana de Urología como “la eyacuación que ocurre antes de lo deseado, poco tiempo después de la penetración, causando estrés en uno o ambos miembros de la pareja.” Para Masters¹⁰ la EP se presenta “cuando un hombre no puede controlar su proceso eyaculatorio por un periodo prolongado durante la permanencia intravaginal para satisfacer a su pareja en por lo menos 50% de los coitos.” Entre las distintas definiciones se encuentran cuatro factores comunes: a) tiempo de latencia intravaginal para la eyacuación, b) percepción de control, c) estrés, d) dificultades interpersonales.

La EP se ha clasificado según su periodo de presentación, ya sea a lo largo de la vida o de manera adquirida. Existen distintos tratamientos propuestos para su manejo. Masters¹⁰ propuso maniobras que retrasan el periodo de eyacuación. Actualmente se utiliza la terapia cognitiva conductual y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina,¹¹⁻¹² especialmente la dapoxetina.⁶ También se han propuesto otros trata-

mientos como son los agentes tópicos y las consejerías,¹¹ la mejoría del cuadro se establece cuando hay un aumento en la latencia eyaculatoria intravaginal.

Disfunciones sexuales femeninas

El estudio de las disfunciones sexuales -en el caso de las mujeres- ha sido menor que en el hombre, entre otras razones porque se ha considerado que la sexualidad femenina no ha sido importante y además porque no son evidentes “a los ojos de otros”. Las Disfunciones Sexuales Femeninas (DSF) están relacionadas con las fases del ciclo sexual, su epidemiología es variable pero se estima que hasta 43% de las mujeres tienen estas disfunciones.¹³ Se han propuesto distintos cuestionarios para su evaluación como el *Derogatis Sexual Functioning Inventory* (DSFI), el cual analiza aspectos que favorecen o dificultan una sexualidad plena en la mujer y por ende la presencia de disfunciones.^{14,15}

Desorden de la excitación: según el DSM IV se considera como la ausencia o alteración de respuesta genital a la estimulación sexual esencial, lo que puede causar estrés personal y de pareja, es decir, es la incapacidad para completar un coito con la adecuada lubricación por lo que se asocia con dolor y en consecuencia se evita el contacto sexual⁶ y no sólo es una sensación de falta de excitación subjetiva. Se han determinado tres subtipos: 1) por pérdida, en el cual hay excitación fisiológica pero no subjetiva; 2) genital, la excitación se presenta de manera subjetiva pero no fisiológica y 3) el combinado. Para su tratamiento se requiere que la mujer aprenda a enfocar sus sensaciones sexuales y tenga el suficiente autoconocimiento de ellas, además de tener una buena comunicación con la pareja.

Desorden del orgasmo: de acuerdo con el DSM IV se define como la demora o ausencia persistente de orgasmo posterior a la fase de excitación normal. La *National Health and Social Life Survey* determinó una prevalencia en mujeres con edades entre los 18 a 59 años de 24%.² Su presentación depende de las circunstancias en las cuales se da el encuentro sexual, el tipo y forma

de estimulación; se ve influenciado por múltiples elementos como: ansiedad, vergüenza, distracciones, factores psicosociales, creencias religiosas y situaciones que puedan producir culpa en la paciente,⁶ etc. El tratamiento se encamina a reducir la ansiedad y las situaciones que puedan interferir con el orgasmo, partiendo de la educación respecto a que es un evento normal producto de la relación sexual y que la persona puede darse el “permiso” de sentirlo, además del autoconocimiento y la exploración corporal de manera responsable.

Desorden por dolor: se divide en dispareunia y vaginismo, los cuales requieren ser distinguidos uno de otro, ya que su abordaje y tratamiento difieren de manera importante. **Dispareunia:** se considera como el desorden secundario a dolor urogenital persistente o recurrente que se presenta antes, durante o después de la relación sexual.⁶ Este desorden puede coexistir con vaginismo y de ahí la dificultad para diferenciarlos; se caracteriza porque puede ser de tipo generalizado o situacional, puede estar presente a lo largo de la vida o ser adquirido; su diagnóstico se realiza mediante la prueba del hisopo (se evalúa el grado de descenso de la unión uretrovesical). Puede ser secundario a infecciones y atrofia vaginal, ya que en la postmenopausia se presenta entre 12% a 45%. También puede atribuirse a: endometriosis, vestibulitis vulvar o ser de origen psicógeno.^{2,6} **Vaginismo:** se considera como el desorden secundario a espasmos involuntarios recurrentes o persistentes de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere en el coito.¹² Su prevalencia es de 1% a 6%; se caracteriza por un coito con dolor o miedo anticipatorio y la presencia de orgasmo sin penetración vaginal.^{2,6} Para su tratamiento es recomendable utilizar la terapia cognitiva conductual.¹⁶

Abordaje de las disfunciones sexuales

Para el abordaje de las DS es necesario establecer de forma clara la naturaleza de la disfunción, disponer de un lugar para la entrevista que sea cómodo y privado. Es necesario tener en cuenta la condición física de la persona,

ya que su estado de salud puede interferir en el tratamiento y su contexto individual. Se debe realizar una historia clínica completa orientada al tiempo de evolución de la DS. Posibles circunstancias causales: para el caso del hombre es importante diferenciar entre disfunción eréctil y eyaculatoria, determinar los antecedentes personales médicos y quirúrgicos, así como el uso de medicamentos o sustancias ilegales. En la revisión por aparatos y sistemas es necesario evaluar la presencia de síntomas urinarios.¹⁷ Durante la entrevista se pueden aplicar distintos cuestionarios que orienten respecto al desorden específico y su repercusión sobre la calidad de vida de la persona y su pareja. El examen físico debe ser completo, enfocado a los sistemas genitourinario y neurológico.^{17,18} De acuerdo con el desorden y su etiología puede resultar apropiada la toma de exámenes de laboratorio clínico (FSH, LH, testosterona), así como la evaluación de enfermedades sistémicas. Además del tratamiento específico para cada disfunción es necesario promover estilos de vida saludables, una comunicación adecuada con la pareja y, por supuesto, mantener una relación médico-paciente satisfactoria que permita al paciente ser escuchado sin que se sienta juzgado.¹⁹

Conclusiones

Las DS tienen una importante repercusión, tanto en el individuo como en su relación de pareja. Desafortunadamente, en el caso de la mujer, falta mucha información que permita un abordaje más cercano a la realidad, sobre todo porque a diferencia del hombre, las DS resultan menos visibles y por tanto son más difíciles de corroborar. Es necesaria una valoración completa de cada DS y sus factores asociados, pero también de su influencia en la calidad de vida individual y de pareja. Para el médico familiar, es importante aprender no sólo a preguntar sobre las DS y hacer diagnósticos certeros, sino también a escuchar claramente y acompañar al paciente, sin ser un juez, dejando de lado los propios prejuicios respecto a la sexualidad, lo cual le permitirá hacer una intervención temprana y oportuna.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Actas de una Reunión de Consulta. Guatemala, 2000.
2. Frank J, Mistretta P, Will J. Diagnosis And Treatment of Female Sexual Dysfunction. Am Fam Phy. 2008; 77(5):635-642.
3. Seftel A, Miner M, Kloner R, Althof S. Office Evaluation of Male Sexual Dysfunction. Urol Clin N Am. 2007; 34:463-482.
4. Ohl D, Quallich S, Sonksen J, Brackett N, Lynne C. Anejaculation And Retrograde Ejaculation. Urol Clin N Am. 2008; 35:211-220.
5. Female sexual dysfunction. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Women's Health Care Physicians. Practice Bulletin. 2011 Abril; 119:996-1007.
6. Kingsberg S, Janata J. Female Sexual Disorders: Assessment, Diagnosis, and Treatment. Urol Clin N Am. 2007; 34:497-506.
7. Miner M, Seftel A. Centrally Acting Mechanisms for the treatment of Male Sexual Dysfunction. Urol Clin N Am. 2007; 34:483-496.
8. Althof S, Symonds T. Patient Reported Outcomes Used in the Assessment of Premature Ejaculation. Urol Clin N Am. 2007; 34:581-589.
9. Waldinger M. Premature Ejaculation: State of the Art. Urol Clin N Am. 2007; 34:591-599.
10. Masters W, Johnson V, Kolodny R. Human Sexuality. HarperCollins College Publishers, 1995.
11. Campos I, Civera L, Córdoba S, Del Amo E, Díaz A, Díaz A y col. Respuesta Sexual Humana. Disponible en: <http://mural.uv.es/majoan/Grupo2RespuestaSexualHumana.pdf>
12. Clayton A, Hamilton D. Female Sexual Dysfunction. Obstet Gynecol Clin N Am. 2009; 36:861-876.
13. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R y cols. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. J of Sex & Marital Therapy. 2000;26:191-208.
14. Derogatis L. Synopsis of the Derogatis Sexual Functioning Inventory (DSFI). Clin Psychometric Research. Disponible en: http://www.derogatis-tests.com/dsfi_synopsis.asp
15. Aluja A, Farré J. Cuestionario de Satisfacción sexual GRISS (Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction). Validación experimental en lengua española. Disponible en: http://www.institutferran.org/documentos/GRISS_IFR.pdf
16. Kuile M, Both S, van Lankveld J. Cognitive Behavioral Therapy for Sexual Dysfunctions in Women. Psychiatr Clin N Am. 2010; 33: 595-610.
17. Elder J. Female Sexual Dysfunction. Disponible en: <http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/womens-health/female-sexual-dysfunction/>
18. Nusbaum M, Hamilton C. The Proactive Sexual Health History. Am Fam Phy. 2002; 66:1705-1712.
19. Ginsberg T. Male sexuality. Clin Geriatr Med. 2010; 26:185-195.